

Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína

Roberto Secades Villa y José Ramón Fernández Hermida
Universidad de Oviedo

Los trastornos por abuso de drogas constituyen uno de los problemas de salud pública más importantes, por lo que el desarrollo de programas de tratamiento eficaces es un asunto de gran relevancia. Las clasificaciones diagnósticas tradicionales proporcionan escasa utilidad clínica desde el punto de vista aplicado, sin embargo, una explicación bio-conductual del fenómeno aporta una información relevante para la comprensión del problema y la planificación del tratamiento. En la actualidad, existe suficiente soporte empírico que avala la eficacia de las terapias conductuales en la dependencia a la nicotina, alcohol, cocaína y heroína. Una característica esencial es que estas técnicas se aplican dentro de paquetes de tratamiento en combinación, frecuentemente, con terapias farmacológicas. Sin embargo, a pesar de esta relativa eficacia, las tasas de recaídas siguen siendo elevadas. En este sentido, se sugieren varias líneas de investigación futuras dirigidas a resolver el descenso de los resultados a largo plazo.

Efficacious of psychological treatments for drug-addiction: nicotine, alcohol, cocaine and heroin. Disorders resulting from drug abuse currently constitute one of the most important problems for public health, and the development of effective treatment programmes is a highly relevant issue. Traditional diagnostic classifications are of little clinical use from the applied point of view; however, a bio-behavioral explanation of the phenomenon contributes relevant information for the understanding of the problem and the planning of treatment. There is currently sufficient empirical evidence supporting the effectiveness of behavioral therapies in the treatment of nicotine, alcohol, cocaine and heroin dependence. An essential characteristic is that these techniques are applied as part of treatment packages, which often include pharmacological therapies. Nevertheless, despite this relative effectiveness, relapse rates continue to be high. In view of this, various lines of research are suggested, with the aim of finding ways to maintain positive results in the long term.

Los trastornos por abuso de drogas constituyen en la actualidad uno de los problemas de salud pública más importantes y tanto su consumo como los problemas derivados del mismo son un tema de atención y preocupación prioritario para todos los países de nuestro entorno. La mayoría de los estados occidentales emplea un gran volumen de recursos y personal en su tratamiento y prevención. De ahí que un análisis de la eficacia de los programas de tratamiento para un problema de tal magnitud adquiera una gran relevancia.

En el presente trabajo se va a pasar revista a las intervenciones terapéuticas en este grupo de trastornos, señalando aquellas que reúnen los requisitos de estar suficientemente refrendadas por la evidencia empírica, en los términos que se han establecido por los editores de este monográfico (Fernández Hermida y Pérez Álvarez, 2001).

La primera fase de un estudio de revisión de estas características consiste en el establecimiento de un marco o distinción suficiente que permita reconocer inequívocamente el trastorno hacia el

que se dirige la intervención terapéutica. Este diagnóstico puede ceñirse únicamente al reconocimiento de unos casos que cumplan con unos criterios de tipo categorial establecidos previamente o a la realización de un análisis dimensional e individual del caso concreto, en el que no es importante sólo el conjunto de conductas o síntomas objeto del estudio, sino también todas las variables que modulan la intensidad y la persistencia de dichas conductas y síntomas. Ambas aproximaciones se usan en el análisis de los resultados de los programas de tratamiento, por lo que se expondrán brevemente los supuestos desde los que operan y las ventajas y limitaciones que contienen.

El diagnóstico categorial (DSM IV y CIE-10)

La versión última del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994/1995) incluye dos tipos de diagnósticos en el capítulo dedicado a los trastornos relacionados con sustancias: los relacionados con el patrón de consumo de las sustancias (dependencia y abuso) y los que describen síndromes conductuales ocasionados por el efecto directo de la sustancia en el Sistema Nervioso Central (los principales son la intoxicación y la abstinencia). Ambos tipos de diagnóstico se aplican a los doce sustancias que reconoce: alcohol, alucinógenos, anfetaminas y sustancias afines, cafeína, cannabis, cocaína, inhalantes, nicotina, opioides, fenciclidina y

sustancias afines, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y otras sustancias. Cada una de las clases presenta criterios uniformes de dependencia y abuso, exceptuando la cafeína, que no ocasiona un síndrome de dependencia o de abuso, y la nicotina, que carece de un síndrome de abuso definido. También, cada una de estas clases presenta un cuadro definido de intoxicación y abstinencia más ligado (aunque no únicamente vinculado) con el efecto fisiológico de la droga y de menor relevancia psicológica.

El diagnóstico de dependencia se alcanza mediante la aplicación de diversos criterios sintomáticos, conductuales y temporales (Tabla 1). Los siete criterios pueden dividirse en tres grupos: criterios de dependencia física (1 y 2), criterios de consumo compulsivo (3, 4 y 7) y criterios de efectos adversos del consumo de la sustancia (5 y 6). Como una variación con respecto a versiones anteriores, el DSM-IV establece que la dependencia puede subclasificarse en «dependencia con y sin dependencia física», según estén o no incluidos los criterios 1 y 2 (tolerancia y síndrome de abstinencia). Es decir, la dependencia física se indica por la presencia de tolerancia o abstinencia. Por su parte, el abuso, se describe mediante cuatro ítems (Tabla 1), de los que sólo es necesario que esté presente uno para que se establezca el diagnóstico.

La CIE-10 (OMS, 1992) ha seguido la orientación apuntada en el DSM-III-R en cuanto a la idea de dependencia, aunque ha introducido el concepto de «consumo perjudicial», que puede entenderse como una forma inicial de dependencia, pudiéndose intuir así la existencia implícita de un continuum entre este uso perjudicial y la dependencia. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo de ingerir sustancias psicotrópicas.

Los criterios de la CIE-10 para la dependencia de una sustancia son muy similares a los del DSM-IV. Si bien la CIE-10 contiene los siete puntos del DSM-IV, los condensa en cinco criterios y añade un sexto que hace referencia al comportamiento del anhelo o deseo (*craving*) por la sustancia.

No obstante, a pesar de estas diferencias, los trabajos en los que se han comparado ambos sistemas se ha encontrado un elevado nivel de concordancia para la categoría de la dependencia (Nathan, 1997).

Ambas clasificaciones diagnósticas describen el trastorno mostrándose explícitamente ateóricas (más en el caso del DSM-IV que en la CIE-10), aunque el modelo psicopatológico implícito que subyace es el modelo médico (Nelson, 1987). Estas formulaciones descriptivas aclaran el objeto del tratamiento pero no la etiología ni la naturaleza de la intervención. La información sobre la topografía y las características que proporcionan los sistemas de clasificación son útiles para determinar la existencia de un problema (y, por tanto, detectar la necesidad de un tratamiento) o para facilitar la homogeneización de un diagnóstico (que sirva, por ejemplo, para seleccionar a los sujetos que van a formar parte de una investigación). Estas funciones son muy útiles para llevar a cabo estudios que evalúen la eficacia de los tratamientos. Sin embargo, este tipo de información no es suficiente para la comprensión del problema y la planificación de un tratamiento, que debe basarse en un análisis funcional de la conducta y en la delimitación precisa de las áreas del estilo de vida que han sido afectadas por el trastorno adictivo. En este sentido, el fracaso de los programas de desintoxicación como única y exclusiva aproximación terapéutica a la drogode-

Tabla 1
Criterios para la dependencia y abuso de sustancias del DSM-IV

Criterios para la dependencia de sustancias
<p>Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un periodo continuado de 12 meses:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: <ol style="list-style-type: none"> (a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. (b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado. (2) Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems: <ol style="list-style-type: none"> (a) síndrome de abstinencia característico para la sustancia. (b) consumo de la misma sustancia (o de una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. (3) La sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía. (4) Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia. (5) Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p.ej., visitar a diversos médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p.ej., fumar un cigarrillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos. (6) Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia. (7) Se continúa tomando la sustancia a pesar de ser consciente de la existencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el uso de ésta (p.ej., consumo de cocaína a pesar de la depresión inducida o de alcohol pese al empeoramiento de una úlcera).
Criterios para el abuso de sustancias
<p>A. Existencia de un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes, en cualquier momento de un mismo periodo de 12 meses.</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Consumo recurrente de sustancias que da lugar a incumplimiento de obligaciones laborales, escolares o domésticas (p.ej., ausencias repetidas o un mal rendimiento laboral; ausencias o expulsiones de la escuela, descuido de las tareas domésticas o de los hijos). (2) Consumo recurrente de la sustancia en situaciones que conllevan un riesgo físico (p.ej., conducir un automóvil o manejar una máquina bajo los efectos de la sustancia). (3) Problemas legales recurrentes relacionados con la sustancia (p.ej., detenciones por comportamiento escandaloso). (4) Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p.ej., discusiones conyugales, peleas). <p>B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para el diagnóstico de dependencia de sustancias, para esta sustancia específica.</p>

pendencia puede verse como indicador de las consecuencias nefastas de un modelo unidimensional, que entiende que el proceso adictivo se reduce a la interacción entre la sustancia y la fisiología del individuo, con especial hincapié en los fenómenos de tolerancia y abstinencia. Estas apreciaciones tienen gran importancia a la hora de valorar un programa de tratamiento, necesariamente multimodal, tal y como se verá más adelante.

Otra de las limitaciones de estos sistemas categoriales es la aparente homogeneización diagnóstica que encubre una gran heterogeneidad clínica con la consiguiente indefinición a la hora de valorar los resultados de los tratamientos. Esta variabilidad oculta viene dada por la falta de una valoración de la severidad (aunque el DSM-IV distingue una forma de mayor severidad, debida a la dependencia física), así como por la escasa información que aporta la simple etiqueta diagnóstica. A pesar de que las clasificaciones recogen síntomas de las repercusiones del consumo sobre diferentes áreas, ninguna ofrece la posibilidad de realizar un perfil del paciente, según las áreas más severamente afectadas, de forma que pudiera tener no sólo utilidad diferenciadora, sino terapéutica.

Hacia un modelo funcional de la conducta de consumo de drogas

Desde una aproximación funcional, el consumo de drogas es explicado a partir de los mismos parámetros que cualquier otra conducta. De forma más precisa, el consumo de drogas es un hábito sobre-aprendido que puede ser analizado y modificado como los demás hábitos comportamentales. Se entiende como resultado de alguna combinación o producto interactivo posible de ciertos factores control que incluyen un organismo con unas características biológicas y un repertorio comportamental concretos (en el sentido de haber dispuesto o no de modelos reforzadores de consumo, reglas acerca de los efectos de la sustancia, contacto directo con las drogas, etc.); un estado motivacional determinado (por ejemplo, condiciones de privación social, ansiedad, etc.); unas condiciones contextuales generales y específicas determinadas (por ejemplo, ambiente escolar o familiar, presencia de sustancias en el entorno cotidiano, etc.); y las consecuencias fisiológicas y/o sociales derivadas de la auto-administración de la sustancia. Las drogas cumplen un papel funcional como reforzadores positivos o negativos de aquellos comportamientos que han llevado a su consecución y de las situaciones estímulares asociadas a éstos. Como tales, son capaces de dotar de función a los elementos presentes en la situación de reforzamiento de modo que acabarán incrementando la probabilidad del inicio de la cadena conductual (López y Gil, 1996).

De este modo, a la hora de explicar la ocurrencia y persistencia de la auto-administración de drogas, se ha de contemplar que las propiedades reforzantes de las sustancias adictivas pueden variar de un sujeto a otro, dado que los efectos primarios de las sustancias interaccionan con las variables antes mencionadas (biológicas, motivacionales, de historia de aprendizaje, repertorio conductual, etc.), y debido a que la conducta de consumo está bajo ciertos controles estímulares y de programas de reforzamiento (López y Gil, 1996). De igual manera, el tipo de sustancia puede determinar aspectos importantes del patrón de adquisición, de modo que para algunas de ellas, el inicio del consumo es una conducta gobernada por reglas o sólo es posible debido a que las contingencias sociales asociadas son más potentes que las automáticas o primarias, generalmente de un carácter aversivo que desaparece tras varios episodios de consumo. Poco a poco, las contingencias propias de cada droga se convierten en el elemento clave de control.

Así pues, no puede establecerse un modelo explicativo válido para toda conducta adictiva más allá de estos principios generales. A partir de ellos, las casuísticas (combinaciones específicas de sus elementos) que explican la adquisición o no de uno u otro tipo de conducta adictiva y las variables que la controlan han de ser examinadas en cada caso y momento particular. De esta manera, los posibles factores precipitantes de una conducta adictiva han de considerarse de forma independiente de los que posteriormente determinan el mantenimiento del problema y la importancia relativa de las diferentes variables no es la misma en cada individuo en particular e, incluso, varía a lo largo de las distintas fases y patrones de consumo de un individuo.

No se propone un nuevo modelo integrador de todas las variables referidas en las distintas teorías de la adicción, sino que se trata de utilizar el análisis de la conducta para determinar, en cada caso particular, las variables implicadas y las condiciones de las que dependen.

Así, se propone el modelo de la formulación bio-conductual (si se quiere, *bio-psico-social*) descrito por Pomerleau y Pomerleau (1987) para explicar cómo se inicia y se mantiene la conducta de fumar (Figura 1). Pero, como apuntan los mismos autores, aunque las otras sustancias puedan diferir en la especificidad de su acción farmacológica, todas ellas pueden estar sujetas a la misma línea general de análisis. Es decir, este marco contextual tiene la capacidad de poder analizar las interacciones entre el ambiente y los factores farmacológicos implicados en la conducta de consumo de drogas, independientemente de la sustancia.

Una perspectiva contextual del abuso de drogas es, por necesidad (y por definición), multifactorial. Aquellas variables incluidas bajo la denominación de *contexto* (estímulos esteroceptivos e interoceptivos) vendrían dadas desde los modelos de aprendizaje clásico y operante, y se combinarían con las variables reforzadoras identificadas bajo *consecuencias*. En lo que concierne a la *conducta*, mientras se tiene bastante información de los comportamientos que definen el consumo de drogas, es menos conocido lo que se refiere al rechazo de las sustancias y la resistencia a consumir. En cuanto a la *vulnerabilidad* o susceptibilidad, que incluye factores genéticos, influencias socioculturales y de la historia de aprendizaje, se destaca que la mayoría de las investigaciones son de tipo retrospectivo, basadas exclusivamente en metodología descriptiva, de los cuales no se pueden extraer conclusiones definitivas acerca de la vulnerabilidad de los individuos al consumo de drogas o al desarrollo de cualquier adicción.

Un conocimiento completo de la conducta adictiva requerirá no sólo la explicación de las variables incluidas bajo los epígrafes de susceptibilidad, contexto, conducta y consecuencias, sino también el análisis funcional que explique las relaciones entre todas ellas.

En el diagrama propuesto se sugieren también algunas de estas interrelaciones funcionales: las flechas continuas indican asociaciones críticas que denotan relaciones muy cerradas, como las que se dan entre las conductas y las contingencias reforzadoras y los efectos de estas consecuencias sobre la conducta que la precede. Las líneas discontinuas indican elementos correlacionales y moduladores. Por ejemplo, las consecuencias de una conducta pueden cambiar el contexto instigando una conducta motora que modifique el ambiente o el estado interoceptivo, mientras que los factores de susceptibilidad pueden influir, no sólo en cómo afecta el contexto, sino también en la intensidad y el tipo de conducta que ocurrirá en unas circunstancias particulares o en qué sentido serán las consecuencias que siguen a esa conducta.

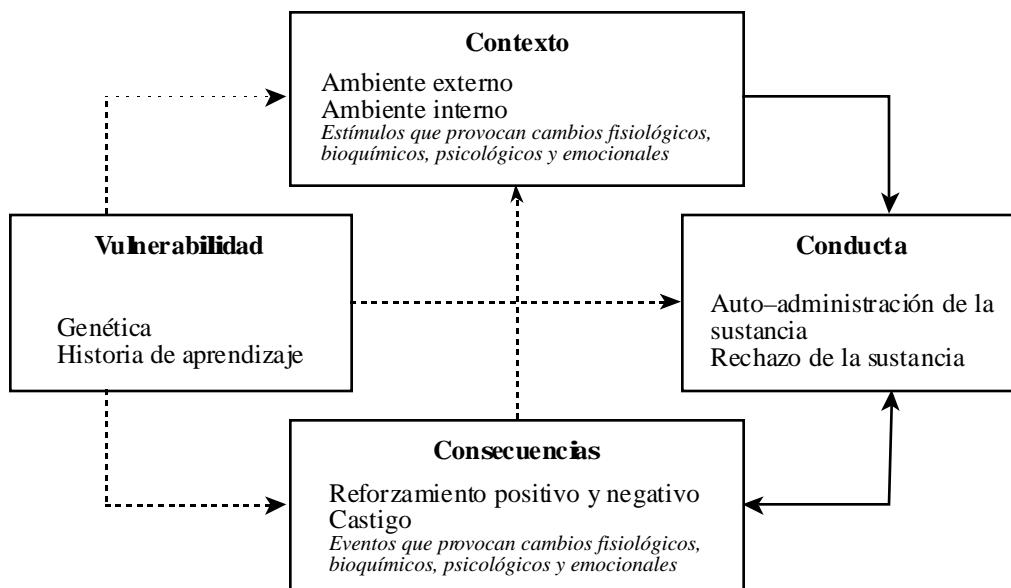


Figura 1. Factores bio-conductuales del abuso de sustancias (adaptado de Pomerleau y Pomerleau, 1987)

Implicaciones para la intervención

Una clara implicación de esta formulación bio-psicosocial y multifactorial (en donde el consumo de sustancias se inicia y se mantiene por unas complejas interacciones entre la susceptibilidad, el contexto, la conducta y sus consecuencias) es la necesidad de un abordaje de igual modo multifactorial, que incluya aspectos biológicos, conductuales y sociales.

Así, los trastornos por abuso de sustancias pueden afectar a muchas áreas del funcionamiento del individuo y, con frecuencia, requieren un tratamiento multimodal. Algunos componentes del tratamiento pueden ir orientados directamente a los efectos del uso de la sustancia, mientras que otros se deben centrar en las condiciones que han contribuido o que han sido el resultado del consumo de drogas. De la misma manera, los objetivos del tratamiento incluyen la reducción del uso y los efectos de las sustancias, la reducción de la frecuencia y la intensidad de las recaídas y la mejora del funcionamiento psicológico y social, que es consecuencia y causa del consumo de drogas.

Un punto importante a determinar es el criterio de éxito en el tratamiento de los trastornos por drogadicción. En los estudios sobre eficacia de los tratamientos por abuso de drogas es muy frecuente la inclusión de múltiples medidas y de una amplia gama de áreas de funcionamiento, directa o indirectamente afectadas por el consumo de drogas y por el tratamiento (por ejemplo, conducta delictiva, estado de salud, ocupación laboral, situación social o familiar). Estas decisiones hacen referencia a la determinación de la «amplitud del cambio», ya que los progresos obtenidos gracias al tratamiento normalmente se generalizan a otras áreas de la vida de los pacientes.

En general, parece existir cierto consenso sobre las principales variables que deben ser estudiadas. Las conductas de consumo (por ejemplo, abstinente o no abstinente), junto con los datos referentes a la actividad formativa/laboral o delictiva se incluyen en casi todos los estudios, ya que están relacionadas con los objetivos que persiguen la mayoría de los programas terapéuticos. Además de éstas, la situación familiar, las actividades de ocio y el estado

general de salud son variables muy habituales en los estudios sobre la eficacia de los tratamientos.

No obstante, cabría hacer aquí una consideración relevante sobre la elección de las conductas-objetivo y su dependencia del tipo de tratamiento. Nos estamos refiriendo al auge que en los últimos años han tenido los denominados programas de *reducción de riesgos o daños* (preferentemente, programas con sustitutivos). Estos programas surgieron a finales de la década de los ochenta como alternativa a los tratamientos que persiguen la abstinencia inmediata. En lugar de la abstinencia, las variables dependientes que miden la eficacia de estos programas tienen que ver con la disminución de las consecuencias asociadas al uso de drogas. Por ejemplo, vía de administración de la droga, consecuencias de tipo social (delincuencia, marginación, etc.), diversas enfermedades (sida, hepatitis, etc.) o consecuencias familiares. También se trata de evitar las prácticas de riesgo y fomentar conductas más saludables: intercambio de jeringuillas, uso de preservativos o acceso a los recursos sanitarios.

Por tanto, un problema que plantea la evaluación de los programas con sustitutivos (y sobre todo, su comparación con los programas libres de drogas) es que persiguen objetivos terapéuticos distintos y que, por lo tanto, necesitan metodologías y criterios de evaluación diferentes. Por ejemplo, un programa de mantenimiento con metadona puede carecer de límites temporales definidos y juzgarse fundamentalmente por la tasa de retención y la disminución de la actividad delictiva. En estas condiciones, es más apropiado afirmar que el objeto de la evaluación es un curso adictivo con una sustancia legal diferente a la heroína, más que un procedimiento terapéutico con un marco temporal establecido que busca, entre otras cosas, un comportamiento «libre de drogas» (Fernández Hermida y Secades Villa, 1999).

La cuestión de los objetivos terapéuticos nos conduce a una segunda consideración: el planteamiento de que determinado tipo de pacientes pueda beneficiarse de programas terapéuticos cuyo objetivo sea el consumo controlado. Esto ocurre sobre todo en el caso del alcohol y del tabaco. Así por ejemplo, las estrategias denominadas de «intervención breve» o la «entrevista motivacional» se

han mostrado muy eficaces para reducir el consumo de alcohol y los daños asociados a la bebida en bebedores excesivos (con niveles de dependencia bajos o moderados). Sin embargo, no pueden ser estrategias de elección para abordar un trastorno severo de alcoholismo (Heather, 1995). Este tipo de programas menos intensos, que no son aptos para el abordaje de las dependencias severas, quedarán excluidos de nuestra revisión.

Por tanto, el análisis que en este artículo se hace de los estudios que evalúan la eficacia de los tratamientos de adicción a las drogas parte de tres consideraciones fundamentales: en primer lugar, los trabajos publicados deben ser analizados desde una perspectiva multimodal del tratamiento de la drogodependencia. En segundo lugar, han de incluir entre sus objetivos el de la eliminación del consumo de drogas (abstinencia). En tercer lugar, los trabajos deben aportar una evaluación a largo plazo de los resultados de las intervenciones, más allá del post-tratamiento. Esto queda justificado por la evidencia acumulada desde el célebre trabajo de Hunt, Barnett y Branch (1971), que indica que la gran mayoría de las recaídas, con independencia del tipo de sustancia, ocurren durante los primeros meses del seguimiento.

Una última consideración sobre la perspectiva que se adopta en esta revisión hace referencia al concepto de modalidad de tratamiento. Se entiende por modalidad de tratamiento un conjunto de actividades terapéuticas que se agrupan de forma variable (no siempre las mismas ni con la misma intensidad) bajo un rótulo que viene definido por los aspectos contextuales o instrumentales principales del programa terapéutico. Las modalidades más habitualmente disponibles incluyen: las unidades hospitalarias, los tratamientos residenciales en Comunidades Terapéuticas, los programas semi-residenciales (Centros de Día) y los programas externos o abiertos. Este tipo de catalogación de los programas terapéuticos ha servido en múltiples ocasiones para llevar a cabo estudios comparativos de la eficacia de los tratamientos en la drogodependencia y constituyen una estrategia de clasificación que se ha seguido en los grandes estudios longitudinales que se han llevado a cabo en los años setenta y ochenta. Sin embargo, este trabajo ha preferido centrarse en la evaluación de los tratamientos y no de las modalidades en las que pueden enmarcarse, ya que su menor variabilidad y la explicitación de las operaciones terapéuticas que se llevan a cabo supone que la información obtenida es más fácilmente interpretable y de más utilidad a la hora de elegir entre las alternativas disponibles. Una revisión del estado actual de la evaluación de dichas modalidades terapéuticas, con especial énfasis en los aspectos metodológicos, se ha realizado con anterioridad (Fernández Hermida y Secades Villa, 1999).

A partir de las apreciaciones que se han venido realizando, la descripción de los tratamientos efectivos de la adicción a las drogas se ordena atendiendo a cuatro sustancias diferentes: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. Entendemos que, a pesar de las evidentes semejanzas ya comentadas, las características particulares de los adictos a las drogas y de los efectos de cada sustancia justifican, en la práctica, estrategias terapéuticas diferentes.

El propósito último de esta descripción es identificar intervenciones eficaces, no hacer un *ranking* de intervenciones en términos de eficacia. La selección de una estrategia de intervención particular estaría en función de diferentes factores: disponibilidad, características del paciente, etc. Por tanto, los clínicos habrán de elegir, teniendo en cuenta estos factores, la intervención más apropiada entre aquellas estrategias que han demostrado una eficacia probada.

Tratamientos psicológicos de la drogadicción

El análisis de los tratamientos psicológicos que se va a hacer a continuación surge de la recopilación sistemática de los estudios que han valorado dichos tratamientos, muchos de ellos mediante la metodología de meta-análisis. En muchos casos, las características de las poblaciones que han sido objeto de los diversos tratamientos no se describen con el suficiente detalle. No obstante, en la mayoría de los estudios analizados, los sujetos se acomodan a las características que se describen en este apartado.

En primer lugar, cabe hacer una matización importante, y es que cuando se habla de adicción a una determinada sustancia, nos estamos refinando, en muchas ocasiones, a la sustancia adictiva principal. Es sabido que una gran parte de los adictos no son toxicómanos «puros», sino politoxicómanos, pero, en la práctica, los dispositivos asistenciales se especializan en el tratamiento de la drogodependencia atendiendo a la sustancia de referencia o sustancia principal.

Por lo demás, los sujetos con problemas de adicción a las drogas son muy heterogéneos entre sí. No obstante, podríamos señalar algunas características generales que son recurrentes en la mayoría de los estudios. Normalmente, se trata de pacientes adultos que cumplen los criterios de dependencia de las clasificaciones diagnósticas y que manifiestan frecuentemente signos y síntomas de intoxicación o abstinencia. El estado clínico varía en función del grado de severidad de la dependencia (duración, dosis, vía de administración, etc.) y de la presencia o no de comorbilidad psiquiátrica. Frecuentemente, los sujetos presentan una larga historia de adicción (la mayoría han empezado a experimentar con las drogas entre los 13 y los 15 años) y repetidos intentos de permanecer abstinentes con o sin tratamiento formal.

Aunque algunos sujetos que abusan del alcohol y/o de las drogas ilegales pueden mantener cierta funcionalidad en su estilo de vida, a menudo manifiestan importantes problemas psicológicos, médicos, sociales, legales, económicos, familiares y laborales.

En algunos de los trabajos revisados se incluye la participación de poblaciones especiales que, manteniendo la mayoría de las condiciones anteriores, presentan algún tipo de particularidad, por ejemplo, esquizofrénicos, mujeres embarazadas o población reclusa.

En cuanto a los sujetos dependientes de la nicotina, a pesar de que comparten muchas similitudes con el resto, también presentan importantes diferencias. Por ejemplo, aunque el tabaquismo es causa de problemas graves de salud, no se encuentra asociado a problemas interpersonales, económicos, legales o psicológicos significativos. Además, la intoxicación por nicotina es muy infrecuente. En cuanto a la severidad de la dependencia, el promedio de cigarrillos al día se sitúa en torno a veinte (American Psychiatric Association, 1996).

Tratamiento de la adicción a la nicotina

En la actualidad, los tratamientos de elección para dejar de fumar son los programas psicológicos multicomponentes o terapias conductuales multimodales (American Psychiatric Association, 1996; U.S. Department of Health and Human Services, 1996). Estos programas se caracterizan por la utilización combinada de varias técnicas (componentes) con el fin de intervenir sobre los diferentes factores que ayudan a mantener este hábito. Los tratamientos multimodales, aplicados tanto en grupo como individualmen-

te, constan de tres fases. En la fase de preparación para dejar de fumar se trata de incrementar la motivación y el compromiso del paciente para el abandono del consumo de cigarrillos. En la fase de abandono del tabaco se aplican algunas de las estrategias existentes para dejar de fumar. Por último, en la fase de mantenimiento, una vez que el sujeto ha dejado de fumar, se trata de potenciar la abstinencia a largo plazo mediante la aplicación de estrategias para prevenir las recaídas. Asimismo, el panorama dentro de dichos programas se puede organizar principalmente en torno a tres tipos de intervenciones: (1) técnicas aversivas, (2) reducción gradual de nicotina y alquitrán y prevención de recaídas y (3) estrategias de autocontrol (Sánchez Meca, Olivares y Rosa, 1998). Lo más frecuente es que se utilicen diferentes combinaciones entre ellas. Una buena revisión de los componentes más habituales de los programas multimodales se pueden encontrar en Becoña y Vázquez (1998).

Las investigaciones que verifican la eficacia de este procedimiento son numerosísimas y las tasas de abstinencia al año de seguimiento se sitúan entre el 30% y el 50% (Baillie, Mattick, Hall y Webster, 1994). Bastantes de estos estudios presentan resultados a largo plazo (más de 2 años de seguimiento), mostrando unas tasas de abstinencia significativamente más altas que los grupos comparativos (por ejemplo, Foxx, Brown y Katz, 1981; Murray y Hobbs, 1981; Colleti, Supnick y Rizzo, 1982; Lando y McGovern, 1982).

Por tanto, los programas conductuales multimodales se pueden considerar hoy en día como tratamientos bien establecidos. La cuestión es que más allá de esta estructura general organizada en las tres fases mencionadas (preparación, abandono y mantenimiento), existen muchas variantes en cuanto a las técnicas o componentes de las que constan cada una de estas fases. Es decir, aunque los programas conductuales multicomponentes han sido bien validados, existe mucha menos investigación disponible sobre la eficacia diferencial de las técnicas aplicadas aisladamente. Así, mientras algunas de estas técnicas ya cuentan con investigaciones bien controladas que avalan su eficacia, otros procedimientos todavía no parecen contar con suficiente respaldo empírico. En el primer caso se encontrarían técnicas como el entrenamiento en habilidades o cualquiera de sus variantes (prevención de recaídas, solución de problemas, habilidades de afrontamiento o manejo de estrés), el control de estímulos, la terapia aversiva o el manejo de contingencias. En el segundo caso, se podrían nombrar el apoyo social, la exposición a pistas (*cue exposure*), la reducción gradual de nicotina (*nicotine fading*), la relajación o el feedback fisiológico (American Psychiatric Association, 1996).

Por su parte, un meta-análisis reciente patrocinado por el Departamento de Salud de Estados Unidos (Baker, Fox y Hasselblad, 2000) concluye que cuatro técnicas conductuales alcanzan tasas de abstinencia significativas: (1) asesoramiento práctico (entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento en habilidades, prevención de recaídas y manejo de estrés), (2) proveer de apoyo social como parte del tratamiento (apoyo social intra-tratamiento), (3) ayudar a obtener apoyo social en el ambiente del fumador (apoyo social extra-tratamiento) y (4) técnicas aversivas. Estas últimas incrementan las tasas de abstinencia y pueden ser utilizadas con los pacientes que demandan este tipo de tratamientos y que han fracasado en otros programas.

No obstante, los autores resaltan el problema de la considerable heterogeneidad y la no especificidad de los componentes que forman parte de las terapias conductuales multimodales. En la

misma línea, algunos autores han destacado el hecho de que muchos de estos estudios no describen adecuadamente los contenidos de las técnicas conductuales utilizadas, lo que, obviamente, hace muy difícil la comparación y la generalización de sus resultados (Hughes, 1995).

En la revisión meta-analítica de los estudios españoles realizada por Sánchez Meca, Olivares y Rosa (1998), aunque los tres grupos de técnicas presentan una clara eficacia significativa, las técnicas de autocontrol eran más eficaces, seguidas de la reducción gradual y de las técnicas aversivas.

En cuanto al formato, tanto la terapia grupal como la individual han sido empleados para la implementación de las técnicas conductuales. Los estudios comparativos realizados han encontrado escasas diferencias en los resultados a largo plazo (Kottke, Battista, DeFries y Brekke, 1988; Baillie, Mattick, Hall y Webster, 1994; U.S.D.H.H.S., 1996; Baker, Fox y Hasselblad, 2000).

En lo que se refiere a la intensidad del programa, un estudio meta-analítico ya mencionado concluye que la duración de las sesiones debe ser superior a diez minutos, el número de sesiones superior a cuatro y el tiempo de contacto total de más de treinta minutos (Baker, Fox y Hasselblad, 2000). Parece existir, por tanto, una relación directa entre la duración del contacto terapeuta-paciente y los resultados del tratamiento.

En la revisión de Sánchez Meca, Olivares y Rosa (1998), la mayoría de las intervenciones se realizaban en grupo, el promedio de la duración de las intervenciones era de un mes y medio y el número total de horas recibidas por sujeto de ocho.

Por otra parte, existen hasta más de diez meta-análisis que incluyen estudios en donde se utilizan terapia conductual junto a algún tipo de terapia farmacológica de sustitución de nicotina (chicle o parches) (por ejemplo, Schwartz, 1987; Viswesvaran y Schmidt, 1992). Los resultados muestran que la utilización de sustitutivos de la nicotina pueden incrementar las tasas de eficacia a largo plazo.

Algunos autores opinan que la combinación de un procedimiento conductual con chicle de nicotina no indica necesariamente un mejor resultado que la sola utilización del procedimiento conductual, ya que, en la mayoría de las ocasiones, la mejora no alcanza significación estadística (Becoña y Vázquez, 1998). No obstante, los resultados de algunos estudios meta-analíticos muestran que los sustitutivos de la nicotina incrementan de forma significativa los resultados de las técnicas conductuales (Hughes, 1995; U.S.D.H.H.S., 1996; Baker, Fox y Hasselblad, 2000).

En lo que se refiere a la eficiencia de los tratamientos psicológicos, con frecuencia se ha asumido la menor rentabilidad de las terapias psicológicas con respecto a otro tipo de intervenciones. En contra de esta opinión, las últimas investigaciones indican que los programas conductuales son no sólo equivalentes, sino incluso más eficientes que las intervenciones breves o los tratamientos farmacológicos (Wetter, Fiore, Gritz, Lando, Stitzer, Hasselblad y Baker, 1998).

Una cuestión de interés y que debería preocupar a los clínicos es la pobre aceptabilidad de la terapia de conducta para el tratamiento del tabaquismo. A pesar de que este tipo de intervenciones obtienen altos porcentajes de éxito, sólo una minoría de fumadores (aproximadamente el 7 por ciento) participan en programas formales ofrecidos por los especialistas (Hughes, 1995; Baker, Fox y Hasselblad, 2000). Esto puede ser debido a la escasa disponibilidad de estos programas o, quizás, al punto de vista general de que aunque las terapias son necesarias para otro tipo de adicciones

(por ejemplo, del alcohol), esto no es verdad en el caso del tabaquismo (Hughes, 1995).

Tratamiento de la adicción al alcohol

Numerosos estudios han documentado la eficacia de las terapias psicológicas conductuales a largo plazo (combinados o no con apoyo farmacológico) en el tratamiento del alcoholismo. En concreto, las terapias que en la actualidad cuentan con mayor soporte empírico son la Aproximación de Reforzamiento Comunitario (CRA), el Entrenamiento en Habilidades Sociales, la Prevención de Recaídas (PR) y la terapia conductual familiar y de pareja. Con los matices que en algunos casos se mencionarán, se podrían considerar tratamientos bien establecidos. Además, estos programas coinciden en ser también los que ofrecen una mejor relación coste/beneficio (Roth y Fonagy, 1996).

Aproximación de Reforzamiento Comunitario (CRA)

El programa conductual que cuenta con mejor soporte empírico es la Aproximación de Reforzamiento Comunitario (*Community Reinforcement Approach, CRA*) (Hunt y Azrin, 1973). Se trata de un programa pionero en el tratamiento de alcohólicos severos mediante métodos operantes, que tiene como objetivo reducir el consumo de alcohol e incrementar el comportamiento funcional.

Este programa se aplica en grupo o individualmente y tanto con pacientes externos como hospitalizados. La CRA incluye los siguientes componentes:

1. Uso de Disulfiram (Antabuse®), facilitado por una persona cercana al paciente, junto con el empleo de técnicas operantes para reforzar la adhesión.

2. Entrenamiento en habilidades de comunicación, incluyendo terapia conductual familiar y de pareja: se entrena a familiares y amigos para que promuevan actividades sociales reforzantes para el alcohólico. La intoxicación conlleva la pérdida de estos reforzadores.

3. Establecimiento de un «club social abstemio». El club ofrece actividades sociales a los pacientes. Además, a las personas sin trabajo se les instruye en habilidades de búsqueda de empleo.

4. Actividades recreativas no relacionadas con el alcohol.

5. Entrenamiento para enfrentarse a las urgencias y deseos de beber, y para resistir la presión social.

La CRA posee un fuerte soporte empírico obtenido a través de investigaciones bien controladas. Además, un punto importante a favor de la superioridad de la CRA sobre otros procedimientos es que hasta el momento todos los estudios encaminados a comprobar su eficacia han obtenido resultados positivos. Una parte importante de estos estudios han sido llevados a cabo por Azrin y su equipo. En los dos trabajos originales, la CRA fue superior a un «tratamiento estándar» hospitalario (Hunt y Azrin, 1973; Azrin, 1976). En un estudio posterior, el grupo de CRA + Disulfiram obtuvo una tasa de abstinencia del 97% a los seis meses, frente al 74% del grupo Disulfiram + consejo y al 45% del grupo de Disulfiram + 12 pasos (Azrin, Sisson, Meyers y Godley, 1982). En un trabajo posterior (Sisson y Azrin, 1986), la CRA se mostró superior a un grupo que recibió un programa educativo basado en el modelo médico.

El estudio de Mallams, Godley, Hall y Meyers (1982) investigó la eficacia del «club sin alcohol» de la CRA. Los resultados

mostraron que los pacientes que tuvieron acceso al club tuvieron mejores resultados que el grupo comparativo.

En un estudio de Smith, Meyers y Delaney (1998) llevado a cabo con 106 alcohólicos «sin techo», los sujetos del grupo de CRA obtuvieron tasas de abstinencia significativamente mayores que los sujetos del grupo estándar.

En el trabajo de Miller, Meyers y Tonigan (1999), el grupo de CRA más un programa de entrenamiento familiar obtuvo mejores resultados que otros dos modelos diferentes de intervención familiar.

Por último, en una reciente publicación (Meyers y Miller, 2000), la CRA se mostró más eficaz en la reducción del consumo de alcohol que un grupo que había recibido un programa basado en el modelo médico tradicional.

En el artículo de Miller, Meyers y Hiller-Sturmhöfel (1999) se ofrece una buena revisión de los estudios sobre la eficacia de la CRA.

Entrenamiento en Habilidades Sociales

El Entrenamiento en Habilidades Sociales es otro procedimiento cognitivo-conductual de amplio espectro que cuenta con gran arraigo en el tratamiento del alcoholismo. En la literatura anglosajona se ha acuñado la denominación de *Coping/Social Skills Training (CSST)* para referirse a este procedimiento.

El planteamiento que subyace en el Entrenamiento en Habilidades Sociales es que las deficiencias en ciertas habilidades interpersonales pueden dificultar a las personas con problemas de bebida un afrontamiento apropiado y eficaz para resistir la presión social para beber, por lo que estos programas emplean un conjunto de técnicas dirigidas a incrementar tales habilidades de afrontamiento. Los aspectos centrales de este procedimiento incluyen: habilidades interpersonales, afrontamiento de estados cognitivo-emocionales, afrontamiento de eventos vitales estresantes y afrontamiento de situaciones de uso de sustancias (Monti, Rohsenow, Colby y Abrams, 1995).

La evidencia científica de la eficacia de los componentes terapéuticos esenciales del CSST es extensa. El primer estudio controlado en donde se incluyó el Entrenamiento en Habilidades Sociales como un tratamiento para el alcoholismo fue el de Chaney, O'Leary y Marlatt (1978), en el cual los sujetos del grupo de HHSS tuvieron mejoras significativas en comparación con un grupo de discusión y el grupo control.

El meta-análisis de Miller et al. (1995) recoge dieciséis trabajos en donde se incluyó al menos un grupo de Entrenamiento en Habilidades, de los cuales en once de ellos este procedimiento se mostró superior a otros tratamientos o al no tratamiento (por ejemplo, Chaney et al., 1978; Oei y Jackson, 1980, 1982; Jones, Kanfer y Lanyon, 1982; Eriksen, Bjørnstad y Götestam, 1986; Monti et al., 1990; Monti et al., 1993).

Por su parte, sobre la base de 12 estudios que comparaban el Entrenamiento en Habilidades Sociales con diferentes tipos de terapias (con frecuencia, tratamientos «tradicionales» y grupos de discusión), Mattick y Jarvis (1993) calcularon un tamaño del efecto de 0.78 a los doce meses de seguimiento. De todos modos, de acuerdo con estos autores, los beneficios de esta intervención serían más potentes con aquellos pacientes con déficit en este tipo de habilidades.

En el estudio de Holder, Longabaugh, Miller y Rubonis (1991), los diez trabajos revisados mostraron que el Entrenamiento en Ha-

bilidades Sociales obtenía una eficiencia significativamente superior a los grupos comparativos. No obstante, varios estudios han encontrado resultados positivos con muestras de alcohólicos sin déficit específicos en habilidades sociales (por ejemplo, Eriksen, Björnstad y Götestam, 1986).

Sin embargo, se debe hacer notar el hecho de que en varios estudios publicados, la aplicación del Entrenamiento en Habilidades Sociales no obtuvo resultados positivos sobre el consumo de alcohol y otras conductas asociadas (por ejemplo, Ferrell y Galassi, 1981; Cooney, Kadden, Litt y Gerter, 1991). Al menos habría dos posibles explicaciones para dar cuenta de este hecho. Por una parte, se trata de un procedimiento que se cita casi de forma protocolaria y no porque realmente cuente con un formato definido que se aplique de forma sistemática. Es decir, el Entrenamiento en Habilidades Sociales esconde combinaciones de estrategias muy diferentes dependiendo de cada trabajo. En segundo lugar, se ha de resaltar el efecto de las posibles interacciones paciente-tratamiento, ya que puede estar ocurriendo que un mismo paquete de tratamiento tenga efectos diferentes dependiendo de las características particulares de los pacientes. Por ejemplo, los candidatos óptimos para el Entrenamiento en Habilidades Sociales podrían ser aquellos pacientes cuya dificultad para dejar de beber alcohol se deba fundamentalmente a carencias de este tipo de recursos, aunque eso está en discusión, tal y como se dijo anteriormente.

En definitiva, y a pesar de este aspecto aún no aclarado, los resultados de la mayoría de los estudios han encontrado que el Entrenamiento en Habilidades Sociales es consistentemente más efectivo que el tratamiento «tradicional» del alcoholismo en lo que se refiere a la disminución de la conducta de beber y a la mejoría de un rango amplio de conductas asociadas al exceso de bebida, por lo que se le puede otorgar la categoría de tratamiento bien establecido.

Prevención de Recaídas

Los programas cognitivos-conductuales (fundamentalmente basados en el entrenamiento de habilidades) y, en particular, el modelo de Prevención de Recaídas (PR) de Marlatt y Gordon (1985), se pueden considerar hoy en día tratamientos de primera elección.

La PR es un paquete de tratamiento que incluye diferentes técnicas cognitivo conductuales: identificación de situaciones de alto riesgo para la recaída, entrenamiento en habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo, autorregistro y análisis funcional del uso de drogas, estrategias para afrontar el *craving* y los pensamientos asociados al uso de sustancias, afrontamiento de las caídas o consumos aislados (*lapses*) y entrenamiento en solución de problemas. No obstante, aunque se trate de un procedimiento de intervención originariamente bien estructurado, con fases y componentes bien diferenciados, se debe reconocer que en la mayoría de los estudios no se ha aplicado de forma sistemática, sino que, más bien, se ha utilizado como un método general de afrontamiento de las recaídas en el consumo de drogas. Salvando este inconveniente, en las revisiones realizadas para evaluar la eficacia de este procedimiento, sólo se incluyen aquellos estudios que evalúan un tratamiento definido como prevención de recaídas o que invocan explícitamente el modelo de Marlatt y Gordon.

En la actualidad, se dispone de suficiente evidencia empírica que certifica la eficacia de la PR en el tratamiento del alcoholismo, en comparación con el no tratamiento (O'Farrell, Choquette y Cut-

ter, 1998; O'Farrell et al., 1993; Maisto, McKay y O'Farrell, 1995), con el control placebo (O'Malley et al., 1992; Sobell, Sobell y Gavin, 1995; Anton et al., 1999) o con el consejo médico tradicional (Annis y Peachey, 1992).

Asimismo, varios estudios meta-analíticos recientes (Mattick y Jarvis, 1993; Miller et al., 1995; Carrol, 1996; Irvin, Bowers, Dunn y Wang, 1999) sitúan la PR como tratamiento de elección para el alcoholismo. En el meta-análisis de Irvin et al. (1999), el tamaño del efecto para el uso de alcohol fue de $r = .37$ (95% IC = .28 a .45, $n = 10$). En concreto, la PR mostraba su mayor eficacia en el tratamiento del alcoholismo en comparación con otras sustancias.

En cuanto al formato del tratamiento, los diferentes estudios muestran que las diferencias entre las modalidades individuales y de grupo no alcanzan diferencias significativas (Irvin et al., 1999).

Por último, resulta de interés destacar el estudio longitudinal realizado por Holder et al. (2000) a lo largo de tres años, para evaluar la eficiencia (relación coste-beneficio medida en términos de gastos médicos) de tres modalidades de tratamiento: la Terapia Cognitivo-Conductual de Habilidades de Afrontamiento (CBT), basada en la PR, la terapia motivacional y un programa de «doce pasos». Los resultados mostraron una mayor eficiencia de los programas de PR, sobre todo con los pacientes de peor pronóstico (alcoholismo severo, psicopatología asociada y escaso apoyo social).

Terapia conductual familiar y de pareja

La terapia conductual familiar y de pareja se centra en el entrenamiento en habilidades de comunicación y en el incremento de la tasa de reforzamiento positivo en las relaciones familiares. Esto es, las terapias familiares y de pareja son, en realidad, programas multicomponentes que incluyen técnicas como el análisis funcional, la asignación de tareas, el control estimular, el contrato conductual, el manejo de contingencias o el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas (O'Farrell, 1995).

Los estudios sobre la eficacia de las intervenciones familiares y de pareja han llegado a conclusiones inconsistentes, si bien, la mayoría de estos trabajos han encontrado resultados positivos tras la aplicación de este tipo de estrategias (Miller et al., 1995). Una revisión exhaustiva de la evidencia empírica de estos programas se puede encontrar en O'Farrell (1995).

Las distintas investigaciones de los equipos de McCrady y de O'Farrell han marcado la pauta en este sentido. En tres de estos estudios (McCrady, Longabaugh et al., 1986; McCrady, Noel, et al., 1986; McCrady et al., 1991), los sujetos del grupo de terapia familiar conductual obtuvieron mejores resultados a los seis, doce y dieciocho meses de seguimiento, respectivamente, que los otros dos grupos de tratamiento. Resultados similares fueron encontrados por Bowers y Al-Redha (1990), en donde los alcohólicos del grupo de tratamiento en el que se había incluido a las esposas, consumían menos alcohol al año de seguimiento que los que habían recibido un tratamiento individual estándar.

O'Farrell, Cutter y Floyd (1985) compararon la terapia conductual familiar (*behavioral marital therapy, BMT*) con la terapia interaccional (grupo en el que se enfatizaba el apoyo mutuo, la expresión de sentimientos y la solución de problemas a través de la discusión) y un grupo control. Ambas condiciones experimentales mejoraron en el ajuste familiar, mientras que el grupo conductual obtuvo mejores resultados en la abstinencia del consumo de alcohol.

En un estudio posterior (O'Farrell et al., 1996), se comprobó que la BMT era más eficiente (en términos de costes legales, sanitarios, etc.) además de más eficaz para obtener la abstinencia que la terapia interaccional.

Por último, en un estudio reciente (Miller, Meyers y Tonigan, 1999), el grupo de CRA más entrenamiento familiar obtuvo mejores resultados que otros dos modelos diferentes de intervención familiar.

En definitiva, se puede deducir de los resultados de la mayoría de estos estudios que las técnicas orientadas a mejorar las relaciones familiares de los pacientes puede ser un componente crítico de los programas de tratamiento. De hecho, las técnicas de manejo familiar son una parte importante de la CRA, uno de los programas de tratamiento del alcoholismo con mejor soporte empírico en estos momentos.

Tratamiento de la adicción a la cocaína

Aunque se han realizado muchos estudios con una amplia variedad de agentes farmacoterapéuticos, todavía no se ha encontrado ninguna medicación eficaz para el tratamiento de esta adicción (American Psychiatric Association, 1995). Sin embargo, la investigación sobre los tratamientos psicológicos ha sido relativamente fructífera y, al menos, se ha probado un tipo de tratamiento efectivo (tratamiento bien establecido): el Programa de Reforzamiento Comunitario más terapia de incentivo (CRA + *Vouchers*). En este caso, la Terapia Cognitivo Conductual (Prevención de Recaídas) merecería la consideración de tratamiento probablemente eficaz.

Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo

La CRA + Incentivo integra la Aproximación del Reforzamiento Comunitario, originalmente desarrollada como un trata-

miento efectivo para el alcoholismo (Hunt y Azrin, 1973) con un programa de manejo de contingencias, en donde los pacientes pueden ganar puntos canjeables por determinados reforzadores que contribuyen a alcanzar los objetivos del programa, a cambio de mantenerse en el tratamiento sin consumir cocaína.

El objetivo fundamental de este programa es la abstinencia de la cocaína. Para ello, los sujetos han de hacer cambios en el estilo de vida en cuatro áreas fundamentales: relaciones familiares, actividades de ocio, relaciones sociales y área vocacional. La estructura y los parámetros del programa están perfectamente descritos. La duración es de 24 semanas. Durante las primeras doce semanas, se llevan a cabo dos sesiones semanales individuales de sesenta minutos de duración. Durante las doce semanas restantes, las sesiones se reducen, como media, a una a la semana, dependiendo de las necesidades del paciente. Los análisis de orina se realizan tres veces por semana durante las semanas una a doce y dos a la semana en la segunda mitad del programa.

Los componentes de la terapia son varios y el orden o el número de sesiones dedicado a cada uno de ellos varía dependiendo de las necesidades del paciente. Un ejemplo típico aparece en la Tabla 2.

El sub-componente de la terapia de incentivo es un procedimiento de manejo de contingencias mediante el que se refuerza sistemáticamente la retención y la abstinencia. Los puntos o vales son ganados a cambio de resultados negativos en los análisis de orina y el número de puntos se incrementa por cada análisis negativo consecutivo. El procedimiento no sólo incluye recompensa por cada muestra negativa, sino que se contemplan incentivos mayores por largos períodos de abstinencia continuada.

Una descripción detallada de este programa se puede encontrar en Budney y Higgins (1998).

En general, la eficacia del manejo de incentivos en el tratamiento de cocainómanos ha recibido un amplio soporte empírico.

Tabla 2
Componentes de la CRA + Terapia de Incentivo

Semanas	Componentes
1	Plan de tratamiento/Establecimiento de objetivos
2	Análisis funcional/Hábitos de sueño/Asesoramiento en relaciones sociales
3	Análisis funcional/Asesoramiento vocacional
4	Asesoramiento vocacional/Análisis funcional
5	Asesoramiento vocacional/Entrenamiento en rechazo de drogas/Prevención o consejo de VIH
6	Relaciones sociales/Asesoramiento en actividades de ocio/Entrenamiento en HHSS
7	Relaciones sociales/Asesoramiento en actividades de ocio/Entrenamiento en HHSS
8	Relaciones sociales/Asesoramiento en actividades de ocio/Entrenamiento en HHSS
9	Hábitos de sueño/Orientación profesional
10	Hábitos de sueño/Relaciones sociales/Asesoramiento en actividades de ocio
11	Entrenamiento en relajación
12	Entrenamiento en relajación/Revisión de los progresos del tratamiento/Establecimiento de objetivos para las semanas 13-24
13-24	Se añaden nuevos componentes o se continúa la terapia en las áreas trabajadas durante las primeras semanas

Este tratamiento multi-componente ha demostrado ser eficaz en varios estudios bien controlados con sujetos cocainómanos adultos en programas externos. El grupo de Higgins de la Universidad de Vermont ha llevado a cabo varios ensayos clínicos examinando la eficacia de este programa. En dos de estos trabajos (Higgins et al., 1991, 1993), la CRA + terapia de incentivo se mostró superior a un programa de consejo psicológico tradicional varios meses después del tratamiento. En un tercer ensayo (Higgins et al., 1994), se comprobó la eficacia diferencial de los dos componentes del programa. Para ello, los pacientes fueron asignados al azar a un grupo que recibía el tratamiento completo o la CRA sola. Los resultados mostraron que los sujetos que recibieron el programa completo alcanzaron tasas de abstinencia significativamente superiores que los sujetos del grupo CRA.

En un trabajo posterior en donde se describían los resultados a un año de seguimiento de los ensayos clínicos del 93 y 94, Higgins et al. (1995) confirmaban las mejoras significativas en la abstinencia a la cocaína y en otras áreas del funcionamiento de los sujetos.

Por último, en un estudio reciente, Higgins et al. (2000) compararon un grupo de CRA más incentivos contingentes a la abstinencia con un grupo de CRA más incentivos independientes de los resultados de los análisis de orina. Los resultados al año de seguimiento mostraron diferencias significativas a favor del «grupo contingente».

En el trabajo de Kirby et al. (1998), los resultados mostraron que la utilización de incentivos era un componente importante del programa conductual y que el valor de los mismos incidía de manera significativa en las conductas de consumo de los sujetos.

Por otra parte, han sido llevados a cabo varios ensayos clínicos para probar esta terapia en programas de mantenimiento con metadona con pacientes que abusaban de la cocaína mientras estaban a tratamiento por dependencia a opiáceos. En todos estos estudios, la terapia de incentivos incrementó significativamente la abstinencia de la cocaína (por ejemplo, Stitzer, Iguchi y Felch, 1992; Tusek et al., 1995; Silverman et al., 1996; Silverman et al., 1998). También se ha adaptado esta terapia a poblaciones especiales mostrando excelentes resultados. En concreto, con pacientes esquizofrénicos adictos a la cocaína (Shaner et al., 1997) y con mujeres embarazadas (Kirby, Amass y McLellan, 1999).

En definitiva, se puede considerar el Programa de Reforzamiento Comunitario más la Terapia de Incentivo como un tratamiento bien establecido. En realidad, la terapia de incentivo basada en los *vouchers* representa sólo una de las formas en la que los métodos operantes pueden ser incorporados para la reducción del uso y la dependencia de la cocaína (Higgins et al., 2000).

Un asunto de interés es conocer hasta qué punto la magnitud del reforzamiento es crítica a la hora de determinar la abstinencia. En un interesante trabajo en donde se investiga esta cuestión, el incremento de los vales incrementaba significativamente la abstinencia de los participantes (Silverman, Chutuape, Bigelow y Stitzer, 1999).

El texto de Higgins y Silverman (1999) ofrece un excelente recorrido por diferentes variantes del manejo de contingencias en el tratamiento de este tipo de problemas.

Terapia Cognitivo-Conductual de Habilidades de Afrontamiento (Prevención de Recaídas)

La Terapia Cognitivo-Conductual de Habilidades de Afrontamiento (CBT), basada en la PR, es un programa de corta duración

que tiene dos componentes fundamentales: el análisis funcional y el entrenamiento en habilidades.

Los parámetros de la CBT están perfectamente delimitados. Las sesiones se llevan a cabo en formato individual en un contexto externo. La duración se sitúa entre las 12-16 sesiones a lo largo de, aproximadamente, doce semanas. El programa también contempla la aplicación de sesiones «recuerdo» durante los seis meses siguientes a la finalización de la primera fase de tratamiento.

De acuerdo con los autores (Carroll, 1998), los ingredientes activos característicos de la CBT son los siguientes: análisis funcional del abuso de la droga, entrenamiento en el reconocimiento y afrontamiento del *craving*, solución de problemas, afrontamiento de emergencias, habilidades de afrontamiento, examen de los procesos cognitivos relacionados con el consumo, identificación y afrontamiento de las situaciones de riesgo y empleo de sesiones extras para el entrenamiento en habilidades.

La CBT comparte con el procedimiento anteriormente descrito varios aspectos esenciales, los más importantes, el análisis funcional de la conducta de abuso de drogas y el entrenamiento en habilidades. La diferencia más importante es que la CBT no incluye la provisión directa de contingencias por medio de incentivos (*vouchers*) asociados a la abstinencia ni el empleo de recursos comunitarios (de tipo laboral o social).

El tratamiento cognitivo-conductual es una de las terapias más frecuentemente evaluadas en la adicción a las drogas y, en la actualidad, cuenta con un amplio soporte empírico. Hasta la fecha, se han publicado más de dos docenas de ensayos clínicos bien controlados. Sin embargo, en lo que se refiere a la adicción a la cocaína han sido publicados pocos estudios, destacando los trabajos llevados a cabo en la *Substance Abuse Treatment Unit* de la Universidad de Yale. En los dos primeros ensayos clínicos (Carroll, Rounsaville y Gawin, 1991; Carroll et al., 1994), la PR se mostró más eficaz que los grupos de comparación (Psicoterapia Interpersonal y manejo clínico, respectivamente) sólo con los sujetos con mayor severidad de la adicción.

En un tercer trabajo, los grupos que recibieron CBT y un programa de «doce pasos» obtuvieron reducciones significativas en el consumo de cocaína en comparación con el grupo de psicoterapia de apoyo (Carroll et al., 1998).

Los resultados de un estudio de Wells et al. (1994) mostraron que los sujetos que recibieron PR redujeron significativamente el consumo de cocaína en comparación con la línea base, pero no en comparación con el grupo que recibió un programa que seguía el modelo de los «doce pasos».

Finalmente, en el estudio de Maude-Griffin et al. (1998) se comparó la CBT con un programa de «doce pasos». En este caso, los sujetos del grupo CBT obtuvieron mejoras significativas en comparación a la segunda condición.

A la espera de nuevos trabajos que delimiten de manera más precisa la eficacia de este tratamiento de la adicción a la cocaína, nos inclinamos por considerar la terapia cognitivo conductual (PR) como un tratamiento probablemente eficaz.

Tratamiento de la adicción a la heroína

El panorama actual de las terapias psicológicas para el tratamiento de la adicción a la heroína presenta, al menos, tres características diferenciadoras con respecto a las otras sustancias de abuso: en primer lugar, la relativa escasez de trabajos empíricos bien controlados y con seguimientos a largo plazo. En segundo

lugar, la dispersión y heterogeneidad de los tratamientos empleados y, por último, la frecuente combinación de las terapias psicológicas con tratamientos farmacológicos (naltrexona y, sobre todo, metadona).

En esta revisión se ha optado por organizar las distintas terapias psicológicas en cuatro tipos: las terapias basadas en el manejo de reforzadores contingentes a la abstinencia, la CRA, los programas cognitivo-conductuales (incluyendo la PR) y la exposición a pistas (*cue exposure*).

Manejo de contingencias

En este apartado se incluyen los programas cuya característica esencial es la utilización de contingencias asociadas directamente al consumo o a la abstinencia de drogas (normalmente evaluado mediante pruebas bioquímicas). El empleo de técnicas operantes (uso de recompensas o castigo contingentes a la abstinencia y al uso de drogas respectivamente) se ha mostrado relativamente efectivo en la mejora de la retención y de la abstinencia, tanto en programas de agonistas opiáceos (sobre todo, metadona) como de antagonistas (naltrexona). Básicamente han sido dos los formatos utilizados para reforzar la abstinencia: las dosis de metadona y los vales (*vouchers*) canjeables.

La utilización de dosis de metadona para llevar a casa como reforzador positivo de períodos específicos de abstinencia ha sido un procedimiento muy utilizado con resultados positivos (por ejemplo, Stitzer, Bigelow, Liebson y Hawthorne, 1982; Higgins, Stitzer, Bigelow y Liebson, 1986; Magura, Casriel, Goldsmith, Strug y Lipton, 1988; Stitzer, Iguchi y Felch, 1992; Chutuape, Silverman y Stitzer, 1999).

De la misma manera, también se ha utilizado la reducción de metadona contingentemente a los resultados positivos de las analíticas de consumo (Stitzer, Bickel, Bigelow y Liebson, 1986; Iguchi, Stitzer, Bigelow y Liebson, 1988).

Un procedimiento más novedoso empleado con éxito por Kidorf y Stitzer (1996) es la combinación de metadona para llevar a casa y «dosis partidas» (*split-dosing*) del opiáceo ante resultados positivos de analíticas (el inconveniente de la dosis partida es que el paciente ha de asistir a la clínica en dos ocasiones al día para obtener la dosis completa).

La terapia de incentivo mediante la utilización de vales (*vouchers*) o de privilegios contingentes a muestras negativas de orina ha tenido buenos resultados con sujetos en programas de metadona (Silverman, Wong et al., 1996; Jones, Haug, Stitzer y Svikis, 2000) de naltrexona (Preston et al., 1999) o de buprenorfina (Amass et al., 1996).

Este tipo de terapias han sido escasamente validadas en programas libres de drogas. En este sentido, merece la pena destacar el estudio de Gruber, Chutuape y Stitzer (2000) en donde se comparó a los sujetos que recibían tratamiento en los recursos asistenciales comunitarios con un procedimiento de reforzamiento de la abstinencia mediante ayudas para conseguir vivienda, alimentos, actividades recreativas y acceso a grupos de habilidades sociales y búsqueda de empleo. El programa conductual se mostró superior al tradicional a los tres meses de seguimiento tras la intervención.

No obstante, la diversidad de los formatos utilizados en la aplicación de las técnicas operantes dificulta enormemente su consideración como un protocolo de intervención estándar y hace que sólo se las pueda reconocer como un método general de afrontamiento de estos problemas.

CRA

Aunque se trata de un procedimiento operante, la CRA cuenta con un formato propio que lo diferencia de otras estrategias de manejo de contingencias, como las comentadas en el apartado anterior. En la actualidad, la CRA posee una escasa evidencia empírica en el tratamiento de la adicción a la heroína. Hasta el momento, sólo dos estudios han invocado explícitamente la aplicación de este paquete de tratamiento para la adicción a la heroína.

En un primer estudio llevado a cabo por Bickel et al. (1997), se comparó un grupo de CRA más terapia de incentivo mediante vales, con un tratamiento estándar. Los resultados mostraron que los sujetos del programa conductual obtuvieron reducciones significativas del consumo de heroína en comparación al programa tradicional.

En el segundo de estos trabajos, Abbott, Weller, Delaney y Moore (1998) llevaron a cabo un ensayo clínico en donde heroínómanos en un programa de metadona fueron asignados aleatoriamente a tres grupos de tratamiento: estándar, CRA y CRA+PR. Los dos grupos experimentales obtuvieron mejores resultados que el programa tradicional a los seis meses. No se encontraron diferencias entre los dos grupos experimentales. Los autores achacan esta no diferencia a la escasa intensidad del programa de PR (sólo 1.06 sesiones por paciente).

Programas cognitivo-conductuales (Prevención de recaídas)

La escasez de los trabajos bien controlados y la dispersión y heterogeneidad de los componentes empleados en los programas son dos problemas que se dan con especial énfasis en los estudios sobre la valoración de los tratamientos cognitivo-conductuales. Esto hace que resulte muy difícil establecer la valoración de su eficacia y que, en todo caso, nos decantemos, al igual que la American Psychiatric Association (1995) por la etiqueta de tratamientos recomendados con una confianza clínica moderada o tratamientos probablemente eficaces.

Uno de los primeros trabajos publicados fue el de Hollonds, Oei y Turecek (1980), en donde los sujetos que recibieron un entrenamiento en habilidades de afrontamiento tuvieron menos recaídas que los participantes en el grupo de metadona y en el grupo control.

En los estudios de Woody y colaboradores (Woody et al., 1983; Woody, McLellan, Luborsky y O'Brien, 1987), los sujetos que recibían metadona y terapia cognitivo-conductual obtuvieron mejores resultados al año de seguimiento que el grupo de metadona más consejo médico y que un grupo de terapia de apoyo-expresiva. Sin embargo las diferencias con respecto a este último grupo no alcanzaron significatividad estadística.

McAuliffe et al. (1985) compararon un programa de PR aplicado aisladamente con un grupo de PR combinado con grupo de autoayuda. Los resultados mostraron que la combinación de PR con autoayuda estaba asociada con efectos significativos sobre la abstinencia a los doce meses de seguimiento.

Hawkins, Catalano, Gillmore y Wells (1989) en un estudio con poli-consumidores, los pacientes entrenados con un programa de habilidades de afrontamiento tuvieron mejoras significativas en comparación a un grupo control.

En el trabajo de Chang, Carroll, Behr y Kosten (1992) con mujeres embarazadas, las pacientes entrenadas con PR más contingencias positivas obtuvieron mejores resultados que el grupo de metadona más consejo médico.

Para finalizar, Gruber, Chutuape y Stitzer (2000) compararon un programa de PR más manejo de contingencias con los sujetos que acudían a los recursos de tratamiento comunitarios. Los resultados a los tres meses fueron significativamente mejores en el grupo conductual.

Exposición a pistas o señales (cue exposure)

Las técnicas denominadas *Cue-Exposure Treatment*, *CET* (Tratamientos de Exposición a Señales) están orientadas a reducir la reactividad a las señales (*cue reactivity*) mediante procedimientos de control estimular y de exposición. La intervención consiste en la exposición repetida a señales de pre-ingestión de la droga en ausencia de consumo de ésta (prevención de respuesta), con la consiguiente extinción de las respuestas condicionadas.

Aunque esta estrategia ha sido relativamente poco ensayada en los problemas de abuso de drogas, ha tenido mayor implantación en los problemas de adicción a los opiáceos.

Los trabajos de Childress, McLellan y O'Brien (1986), Kasvikis, Bradley, Powell, Marks y Gray (1991) o Powell, Gray y Bradley (1993) son buenos ejemplos de aplicación de la exposición. No obstante, en varios trabajos, la exposición no se ha mostrado tan eficaz (por ejemplo, Dawe et al., 1993).

Aunque algunos estudios como los anteriormente mencionados muestran resultados esperanzadores, aún existen bastantes dudas sobre los parámetros de la exposición, que deberían ser solventadas con investigaciones a larga escala bien controladas, por ejemplo: el tiempo de exposición en relación a la abstinencia y al uso de la droga, la duración y la frecuencia de las sesiones de exposición para asegurar la habituación y la extinción, la selección de las señales estimulantes o el método de presentación de las mismas.

Además, en muchos de estos trabajos se hace referencia a la dificultad que supone un obstáculo importante: la generalización de los estímulos fuera del marco del tratamiento. En este sentido, algunos autores proponen que la utilidad fundamental de la extinción pasiva es la de permitir una realización más efectiva de las habilidades de afrontamiento, minadas en ocasiones por la intensa reactividad (ansiedad) ante los estímulos relacionados con la droga (Childress, Hole, Ehrman, Robbins, McLellan y O'Brien, 1993). Así, la exposición pasiva constituiría la primera fase de la intervención, la cual debería ser complementada por estrategias activas de intervención (*exposición activa*), por ejemplo, entrenamiento en habilidades sociales o en habilidades de afrontamiento.

En definitiva, creemos que el empleo de este tipo de estrategias como intervención terapéutica se encuentra aún en fase experimental, por lo que se requieren nuevas investigaciones en donde se ensaye este procedimiento como un componente más de una intervención terapéutica en contextos naturales.

Conclusiones

Existe suficiente soporte científico que avala la eficacia de determinadas técnicas psicológicas en el tratamiento de las conductas adictivas. La terapia de conducta (incluyendo la formulación cognitivo-conductual) cuenta con tratamientos empíricamente validados. No obstante, las técnicas conductuales muestran mejores resultados cuando no son utilizadas de forma aislada, sino dentro de programas multimodales o multicomponentes más amplios.

Los factores relacionados con el desarrollo y mantenimiento de las conductas adictivas son múltiples y de diferente índole. De

aquí se deduce, en gran medida, que la eficacia de las estrategias conductuales viene dada por su utilización dentro de programas multicomponentes, incluyendo, dentro de estos programas, la posible utilización de terapias farmacológicas (mediante sustancias agonistas o interdictoras). Se asume que ambos enfoques funcionan a través de mecanismos diferentes y que afectan también a aspectos distintos del problema. Por ejemplo, una explicación relativa a la eficacia de las terapias combinadas de la adicción a la nicotina es su efecto complementario: los sustitutivos de la nicotina ayudarían a los fumadores en las primeras semanas sin consumo (cuando la abstinencia es más intensa), mientras que la terapia de conducta sería fundamental para el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo. Otro dato que parece avalar esta complementariedad se nos muestra en los resultados del meta-análisis de Irvin et al. (1999) sobre la eficacia de la prevención de recaídas, en donde el tamaño del efecto de este tratamiento aplicado junto con medicación se mostraba significativamente superior al efecto de la PR sin medicación.

En definitiva, la evidencia acumulada demuestra que en la actualidad se dispone de tratamientos conductuales de primera elección (tratamientos bien establecidos) para la adicción severa a las drogas y que las terapias conductuales son componentes críticos para el tratamiento efectivo de la drogadicción (National Institute on Drug Abuse, 1999a). En la Tabla 3 se resume el estado actual de la investigación sobre la eficacia de los tratamientos. Aunque no han sido objeto de esta revisión, se incluyen también los tratamientos farmacológicos con el objetivo de ofrecer una visión más global y útil al lector.

Es evidente que este tipo de recomendaciones no es estática y evolucionará en consonancia con la investigación que se vaya produciendo, pero no hay ninguna razón para aplicar a los pacientes un tratamiento del que, en el mejor de los casos, desconocemos sus resultados (Fernández Hermida y Secades Villa, 2000).

Sin embargo, la lista de tratamientos que se ofrece también ha de ser matizada mediante nuevas aportaciones que aclaren algunos aspectos sin resolver. A pesar de esta relativa eficacia, en la práctica totalidad de las conductas adictivas, las tasas de recaídas a largo plazo (más de un año de seguimiento) siguen siendo altas. Por tanto, las futuras líneas de investigación han de ir dirigidas a resolver algunas deficiencias que mejoren los resultados a largo plazo de los programas. Entre estas cuestiones destacamos las siguientes:

(1) La investigación del efecto diferencial de las técnicas y, sobre todo, de las diferentes combinaciones particulares o secuencias concretas de los componentes, que optimicen los resultados con pacientes específicos. Se requieren, pues, estudios en donde se utilicen estrategias de desmantelamiento que evalúen el impacto relativo de los diferentes componentes de los programas multimodales, que ya han demostrado su eficacia en el tratamiento de la adicción a las diferentes sustancias. La identificación de los procesos de tratamiento que están fiablemente asociados con los resultados permitiría refinar e incrementar los ingredientes activos del cambio.

(2) Mientras que algunos de los tratamientos comentados cuentan con una estructura y unos parámetros bastante precisos (por ejemplo, la CRA + terapia de incentivo en el tratamiento de cocaínómanos), otros carecen de tal precisión a la hora de delimitar tales parámetros (por ejemplo, la PR). Por tanto, se requieren investigaciones que tengan como objetivo describir y delimitar la estructura y los parámetros del tratamiento de algunos de estos programas. Se trataría, en la medida de lo posible, de desarrollar pro-

Tabla 3
Tratamientos en drogodependencias apoyados por la evidencia empírica

Tratamientos Bien Establecidos		Tratamientos Probablemente Eficaces	
Nicotina	<ul style="list-style-type: none"> – Programas Conductuales Multicomponentes – Sustitutivos de nicotina (chicles y parches) (sobre todo, en combinación con terapias conductuales) 		
Alcohol	<ul style="list-style-type: none"> – Aproximación de Reforzamiento Comunitario (CRA) – Entrenamiento en Habilidades Sociales – Prevención de Recaídas (PR) – Terapia conductual familiar y de pareja 	<ul style="list-style-type: none"> – Disulfiram – Naltrexona 	
Cocaína	<ul style="list-style-type: none"> – Programa de Reforzamiento Comunitario más terapia de incentivo (CRA + <i>Vouchers</i>) 	<ul style="list-style-type: none"> – Terapia Cognitivo-conductual (PR) 	
Heroína	<ul style="list-style-type: none"> – Metadona (para el objetivo de la reducción del daño) – Manejo de contingencias más tratamiento farmacológico 	<ul style="list-style-type: none"> – Manejo de contingencias – CRA – Programas cognitivo-conductuales (PR) – Naltrexona 	

tos de intervención que asegurasen la máxima eficacia y eficiencia de las intervenciones.

(3) En esta misma lógica, se debe subrayar el hecho contradictorio de que terapias que han sido bien validadas para el tratamiento de adicciones concretas (por ejemplo, programas conductuales y cognitivo-conductuales para el alcoholismo o la adicción a la cocaína) no han sido bien estudiadas en otras sustancias (como los opiáceos). Se apunta la necesidad de comprobar empíricamente la validez de determinadas terapias en el tratamiento de la adicción a algunas drogas (CRA o PR en el tratamiento de la adicción a la heroína).

(4) Una línea de trabajo importante es la que trata de identificar las combinaciones entre las características de los pacientes y los factores del tratamiento que incrementen la eficacia de los programas. Nos referimos a las investigaciones sobre la adecuación

paciente-tratamiento (*patient-treatment matching*), que tratan de buscar la combinación idónea entre ambos. Se trataría de desarrollar pautas válidas y útiles para asignar a cada paciente al programa de tratamiento que se adapte mejor a sus características y necesidades. Se subraya, por tanto, la heterogeneidad clínica entre los drogodependientes que, a su vez, requerirá el desarrollo de tratamientos especializados para subgrupos de pacientes con necesidades diferentes.

(5) Por último, se destaca la necesidad de realizar trabajos que traten de establecer la eficiencia (relación coste/beneficio) de los diferentes programas que ya han demostrado cierta eficacia. En este sentido, resulta de gran utilidad el texto del NIDA (1999b) en donde se ofrece una guía muy detallada para determinar la relación coste/beneficio de los programas de tratamiento en drogodependencias.

Referencias

- Abbott, P.J., Weller, S.R., Delaney, H.D. y Moore, B.A. (1998). Community reinforcement approach in the treatment of opiate addicts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24, 17-30.
- Amass, L., Bickel, W.K., Crean, J.P., Higgins, S.T. y Badger, G.J. (1996). Preferences for clinic privileges, retail items and social activities in an outpatient buprenorphine treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 43-49.
- American Psychiatric Association (1994/1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (1995). *Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. Alcohol, cocaine, opioids*. American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1996). Practice guideline for the treatment of patients with nicotine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 153, 1-31.
- Annis, H.M. y Peachey, J.E. (1992). The use of calcium carbimide in relapse prevention counseling: Results of a randomized control trial. *British Journal of Addiction*, 87, 63-72.
- Anton, R.F., Moak, D.H., Waid, L.R., Latham, P.K., Malcolm, R.J. y Dias, J.K. (1999). Naltrexone and cognitive behavioral therapy for the treatment of outpatient alcoholics: results of a placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1.758-1.764.
- Azrin, N.H. (1976). Improvements in the community reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 339-348.
- Azrin, N.H., Sisson, W., Meyers, R. y Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by Disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 13, 105-112.
- Baillie, A., Mattick, R., Hall, y Webster, P. (1994). Meta-analytic review of the efficacy of smoking cessation interventions. *Drug and Alcohol Review*, 13, 157-170.
- Baker, T.B., Fox, B.J. y Hasselblad, V. (2000). *Treating tobacco use and dependence. Clinical practice guideline*. Rockville, MD.:U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Becoña, E. y Vázquez, F.L. (1998). *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid: Dykinson.
- Bickel, W.K., Amass, L., Higgins, S.T., Badger, G.J. y Esch, R.A. (1997). Effects of adding behavioral treatment to opioid detoxification with buprenorphine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 803-810.
- Bowers, T.G. y Al-Redha, M.R. (1990). A comparison of outcome with group/individual and standard/individual therapies with alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 301-309.
- Budney, A.J. y Higgins, S.T. (1998). *A Community Reinforcement Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse.

- Carroll, K.M. (1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment: a review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54.
- Carroll, K.M. (1998). *A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction*. Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse.
- Carroll, K.M., Nich, C., Ball, S.A., McCance, E. y Rounsaville, B.J. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*, 93, 713-727.
- Carroll, K.M., Rounsaville, B.J. y Gawin, F.H. (1991). A comparative trial of psychotherapies for ambulatory cocaine abusers: Relapse prevention and interpersonal psychotherapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 229-247.
- Carroll, K.M., Rounsaville, B.J., Gordon, L.T., Nich, C., Jatlow, P.M., Bisighini, R.M. y Gawin, F.H. (1994). Psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, 51, 177-187.
- Colletti, G., Supnick, J.A. y Rizzo, A.A. (1982). Long-term follow-up (3-4) years of treatment for smoking reduction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 7, 429-433.
- Cooney, N.L., Kadden, R.M., Litt, M.D. y Gerter, H. (1991). Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies: Two-years follow-up results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 598-601.
- Chaney, E.F., O'Leary, M.R. y Marlatt, G.A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104.
- Chang, G., Carroll, K.M., Behr, H.M. y Kosten, T.R. (1992). Improving treatment outcome in pregnant opiate-dependent women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 327-330.
- Childress, A.R., Hole, A.V., Ehrman, R., Robbins, S.J., McLellan, A.T. y O'Brien, C.P. (1993). Reactividad ante estímulos en la dependencia de la cocaína y de los opiáceos: visión general de las estrategias para afrontar los deseos irresistibles de droga y la excitación condicionada. En M. Casas y M. Gossop (Coor.), *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias.
- Childress, A.R., McLellan, A.T. y O'Brien, C.P. (1986). Conditioned responses in methadone population: A comparison of laboratory, clinic and natural setting. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 3, 173-179.
- Chutuaue, M.A., Silverman, K. y Stitzer, M.L. (1999). Use of methadone take-home contingencies with persistent opiate and cocaine abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16, 23-30.
- Dawe, S., Powell, J., Richards, D., Gossop, M., Marks, I., Strang, J. y Gray, J.A. (1993). Does post-withdrawal cue exposure improve outcome in opiate addiction? A controlled trial. *Addiction*, 88, 1233-1245.
- Eriksen, L., Bjørnstad, S. y Gøtestam, K.G. (1986). Social skills training in groups for alcoholics: One-year treatment outcome for groups and individuals. *Addictive Behaviors*, 11, 309-330.
- Fernández Hermida, J.R. y Pérez Álvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos. *Psicothema*, 13, 337-344.
- Fernández Hermida, J.R. y Secades Villa, R. (1999). La evaluación de programas de tratamiento para drogodependientes en España. *Psicothema*, 11, 279-291.
- Fernández Hermida, J.R. y Secades Villa, R. (2000). La evaluación de los programas de tratamiento en drogodependencias. Implicaciones profesionales para los psicólogos. *Papeles del Psicólogo*, 77, 46-57.
- Ferrell, W.L. y Galassi, J.P. (1981). Assertion training and human relations training in the treatment of chronic alcoholics. *International Journal of the Addictions*, 16, 959-968.
- Fox, R.M., Brown, R.A. y Katz, I. (1981). Nicotine fading and self-monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking: A two and one-half year follow-up. *Behavior Therapist*, 4, 21-23.
- Gruber, K., Chutuaue, M.A. y Stitzer, M.L. (2000). Reinforcement-based intensive outpatient treatment for inner city opiate abusers: a short-term evaluation. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 211-223.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Gillmore, M.R. y Wells, E.A. (1989). Skills training for drug abusers: generalization, maintenance, and effects on drug use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 559-63.
- Heather, N. (1995). Brief intervention strategies. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Needham Heights, MS: Allyn & Bacon.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Hughes, J.R., Foerg, F. y Badger, G.J. (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry*, 150, 763-769.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Foerg, F., Donham, R. y Badger, G.J. (1994). Incentives improve outcome in outpatient behavioral treatment of cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51, 568-576.
- Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Badger, G.J., Foerg, F.E. y Ogden, A.D. (1995). Outpatient behavioral treatment for cocaine dependence: one-year outcome. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 3, 205-212.
- Higgins, S.T., Delaney, D.D., Budney, A.J., Bickel, W.K., Hughes, J.R., Foerg, F. y Fenwick, J.W. (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1.218-1.224.
- Higgins, S.T. y Silverman, K. (Eds.) (1999). *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research on contingency management in interventions*. San Diego, CA.: Academic Press.
- Higgins, S.T., Stitzer, M.L., Bigelow, G.E. y Liebson, I.A. (1986). Contingent methadone delivery: effects on illicit-opiate use. *Drug and Alcohol Dependence*, 17, 311-322.
- Higgins, S.T., Wong, C.J., Badger, G.J., Haug Ogden, D.E. y Dantona, R.L. (2000). Contingent reinforcement increases abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 64-72.
- Holder, H.D., Cisler, R.A., Longabaugh, R., Stout, R.L., Treno, A.J. y Zweben, A. (2000). Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH. *Addiction*, 95, 999-1013.
- Holder, H.D., Longabaugh, R., Miller, W.R. y Rubonis, A.V. (1991). The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517-540.
- Hollonds, G.B., Oei, T.P. y Turecek, L.R. (1980). An evaluation of behaviour therapy programme as an intervention treatment for the fear of withdrawal with heroin-dependent persons. *Drug and Alcohol Dependence*, 5, 153-160.
- Hughes, J.R. (1995). Combining behavioral therapy and pharmacotherapy for smoking cessation: an update. En L.S. Onken, J.D. Blaine y J.J. Boren (Eds.), *Integrating behavioral therapies with medications in the treatment of drug dependence*. NIDA Research Monograph 150. Rockville, MD.: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Hunt, G.M. y Azrin, N.H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 11, 91-104.
- Hunt, W.A., Barnett, L.W. y Branch, L.G. (1971). Relapse rates in addiction programs. *Journal of Clinical Psychology*, 27, 455-456.
- Iguchi, M.Y., Stitzer, M.L., Bigelow, G.E. y Liebson, I.A. (1988). Contingency management in methadone maintenance: Effects of reinforcing and aversive consequences on illicit polydrug use. *Drug and Alcohol Dependence*, 22, 1-7.
- Irvin, J.E., Bowers, C.A., Dunn, M.E. y Wang, M.C. (1999). Efficacy of Relapse Prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.
- Jones, H.E., Haug, N.A., Stitzer, M.L. y Svikis, D.S. (2000). Improving treatment outcomes for pregnant drug-dependent women using low-magnitude voucher incentives. *Addictive Behaviors*, 25, 263-267.
- Jones, S.L., Kanfer, R. y Lanyon, R.I. (1982). Skill training with alcoholics: A clinical extension. *Addictive Behaviors*, 7, 285-290.
- Kasviki, Y., Bradley, B., Powell, J., Marks, I. y Gray, J.A. (1991). Post-withdrawal exposure treatment to prevent relapse in opiate addicts: A pilot study. *International Journal of the Addictions*, 26, 1.187-1.195.
- Kidorf, M. y Stitzer, M. (1996). Contingent use of take-homes and split-dosing to reduce illicit drug use of methadone patients. *Behavior Therapy*, 27, 41-51.
- Kirby, K.C., Amass, L. y McLellan, A.T. (1999). Disseminating contingency-management research to drug abuse treatment practitioners. En S.T. Higgins y K. Silverman (Eds.), *Motivating behavior change among illicit-drug abusers: Research on contingency management in interventions*. San Diego, CA.: Academic Press.
- Kirby, K.C., Marlowe, D.B., Festinger, D.S., Lamb, R.J. y Platt, J.J. (1998). Schedule of voucher delivery influences initiation of cocaine abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 761-767.
- Kotte, T.E., Battista, R.N., DeFries, G.H. y Brekke, M.L. (1988). Attributes of successful smoking cessation interventions in medical practice: a meta-analysis of 39 controlled trials. *Journal of American Medical Association*, 259, 2882-2889.

- Lando, H.A. y McGovern, P.G. (1982). Three-year data on a behavioral treatment for smoking: a follow-up note. *Addictive Behaviors*, 7, 177-181.
- López Ríos, F. y Gil Roales-Nieto, J. (1996). Conductas adictivas: modelos explicativos. En J. Gil Roales-Nieto (Ed.), *Psicología de las Adicciones*. Granada: Ediciones Némesis.
- Magura, S., Casriel, C., Goldsmith, D.S., Strug, D.L. y Lipton, D.S. (1988). Contingency contracting with poly-drug abusing methadone patients. *Addictive Behaviors*, 13, 113-118.
- Maisto, S.A., McKay, J.R. y O'Farrell, T.J. (1995). Relapse precipitants and behavioral marital therapy. *Addictive Behaviors*, 20, 383-393.
- Mallams, J.H., Godley, M.D., Hall, G.M. y Meyers, R.J. (1982). A social-systems approach to resocializing alcoholics in the community. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 1115-1123.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.
- Mattick, R.P. y Jarvis, T. (Eds.). (1993). *An outline for the management of alcohol problems: Quality assurance in the treatment of drug dependence project*. Monograph series n° 20. Canberra: Australian Government Publishing Service.
- Maude-Griffin, P.M., Hohenstein, J.M., Humfleet, G.L., Reilly, P.M., Tusek, D.J. y Hall, S.M. (1998). Superior efficacy of cognitive-behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 832-837.
- McAuliffe, W.E., Ch'ien, J.M.N., Launer, E., Friedman, R. y Feldman, B. (1985). The Harvard group aftercare program: Preliminary evaluation results and implementation issues. En R.S. Ashery (Ed.), *Progress in the development of cost-effective treatment for drug abusers* (NIDA Research Monograph Series, n° 58). Rockville, MD.: National Institute on Drug Abuse.
- McCady, B.S., Longabaugh, R., Fink, E., Stout, R., Beattie, M. y Ruggieri-Auethet, A. (1986). Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment: 12-month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 708-713.
- McCady, B.S., Noel, N.E., Abrams, D.B., Stout, R.L., Nelson, H.F. y Hay W.M. (1986). Comparative effectiveness of three types of spouse involvement in outpatient behavioral alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 459-467.
- McCady, B.S., Stout, R., Noel, N.E., Abrams, D.B. y Nelson, H.F. (1991). Effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatment. *British Journal of Addictions*, 86, 1415-1424.
- Meyers, R.J. y Miller, W.R. (Eds.). (2000). *A Community Reinforcement Approach to Addiction Treatment*. Cambridge, UK.: Cambridge University Press.
- Miller, W.R., Brown, J.M., Simpson, T.L., Handmaker, N.S., Bien, T.H., Luckie, L.F., Montgomery, H.A., Hester, R.K. y Tonigan, J.S. (1995). What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Needham Heights, MS.: Allyn & Bacon.
- Miller, W.R., Meyers, R.J. y Hiller-Sturmhöfel, S. (1999). The Community-Reinforcement Approach. *Alcohol Research and Health*, 23, 116-119.
- Miller, W.R., Meyers, R.J. y Tonigan, J.S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: a comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 688-697.
- Monti, P.M., Abrams, D.B., Binkoff, J.A., Zwick, W.R., Liepmann, M.R., Nirenberg, T.D. y Rohsenow, D.J. (1990). Communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 263-270.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.R., Colby, S.M. y Abrams, D.B. (1995). Coping and social skills training. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Needham Heights, Massachusetts: Allyn & Bacon.
- Monti, P.M., Rohsenow, D.J., Rubonis, A.V., Niaura, R.S., Sirota, A.D., Colby, S.M., Goddard, P. y Abrams, D.B. (1993). Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics: a preliminary investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1.011-1.019.
- Murray, R.G. y Hobbs, S.A. (1981). Effects of self-reinforcement and self-punishment in smoking reduction: implications for broad-spectrum behavioral approaches. *Addictive Behaviors*, 6, 63-7.
- Nathan, P.E. (1997). Substance use disorders in the DSM-IV. En G.A. Marlatt y G.R. VandenBos (Eds.), *Addictive behaviors. Readings on etiology, prevention, and treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- National Institute on Drug Abuse (1999a). *Principles of drug addiction treatment*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services.
- National Institute on Drug Abuse (1999b). Measuring and Improving Cost, Cost-Effectiveness, and Cost-Benefit for Substance Abuse Treatment Programs. Washington: U.S. Department of Health and Human Services.
- Nelson, R.O. (1987). DSM-III and behavioral assessment. En C.G. Last y M. Hersen (Eds.), *Issues of Diagnostic Research*. New York: Plenum Press.
- Oei, T.P.S. y Jackson, P.R. (1980). Long-term effects of group and individual social skills training with alcoholics. *Addictive Behaviors*, 5, 129-136.
- Oei, T.P.S. y Jackson, P.R. (1982). Social skills and cognitive behavioral approaches to the treatment of problem drinking. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 532-547.
- O'Farrell, T.J. (1995). Marital and family therapy. En R.K. Hester y W.R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches. Effective alternatives*. Needham Heights, MS.: Allyn & Bacon.
- O'Farrell, T.J., Cutter, H.S. y Floyd, F.J. (1985). Evaluating behavioral marital therapy for male alcoholics: effects on marital adjustment and communication from before to after treatment. *Behavior Therapy*, 16, 147-167.
- O'Farrell, T.J., Choquette, K.A. y Cutter, H.S. (1998). Couples relapse prevention: sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: outcomes during the three years after starting treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 357-370.
- O'Farrell, T.J., Choquette, K.A. y Cutter, H.S., Floyd, F.J., Bayog, R., Brown, E.D., Lowe, J., Chan, A. y Deneault, P. (1996). Cost-benefit and cost-effectiveness analyses of behavioral marital therapy as an addition to outpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse*, 8, 145-166.
- O'Farrell, T.J., Choquette, K.A., Cutter, H.S., Brown, E.D. y McCourt, W.F. (1993). Behavioral marital therapy with and without additional couples relapse prevention sessions for alcoholics and their wives. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 652-666.
- O'Malley, S.S., Jaffe, A.J., Chang, G., Schottenfeld, R.S., Meyer, R.E. y Rounsaville, B. (1992). Naltrexone and coping skills therapy for alcohol dependence: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 49, 881-887.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra.
- Pomerleau, O.F. y Pomerleau, C.S. (1987). A biobehavioral view of substance abuse and addiction. *Journal of Drug Issues*, 17, 111-131.
- Powell, J., Gray, J. y Bradley, B. (1993). Subjective craving for opiates: evaluation of a cue exposure protocol for use with detoxified opiate addicts. *British Journal of Clinical Psychology*, 32, 39-53.
- Preston, K.L., Silverman, K., Umbricht, A., DeJesus, A., Montoya, I.D. y Schuster, C.R. (1999). Improvement in naltrexone treatment compliance with contingency management. *Drug and Alcohol Dependence*, 54, 127-135.
- Roth, A. y Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. NY/London: The Guilford Press.
- Sánchez Meca, J., Olivares Rodríguez, J. y Rosa Alcázar, A.I. (1998). El problema de la adicción al tabaco: metaanálisis de las intervenciones conductuales en España. *Psicothema*, 10, 535-549.
- Schwartz, J.L. (1987). *Review and evaluation of smoking cessation methods: The United States and Canada, 1978-1985*. Washington, DC.: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service.
- Shaner, A., Roberts, L.J., Eckman, T.A., Tucker, D.E., Tsuang, J.W., Wilkins, J.N. y Mintz, J. (1997). Monetary reinforcement of abstinence from cocaine among mentally ill patients with cocaine dependence. *Psychiatric Services*, 48, 807-810.
- Silverman, K., Chutuaque, M.A., Bigelow, G.E. y Stitzer, M.L. (1999). Voucher-based reinforcement of cocaine abstinence in treatment-resistant

- methadone patients: effects of reinforcement magnitude. *Psychopharmacology*, 146, 128-138.
- Silverman, K., Higgins, S.T., Brooner, R.K., Montoya, I.D., Cone, E.J., Schuster, C.R. y Preston, K.L. (1996). Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Archives of General Psychiatry*, 53, 409-415.
- Silverman, K., Wong, C.J., Higgins, S.T., Brooner, R.K., Montoya, I.D., Contoreggi, C., Umbricht-Schneiter, A., Schuster, C.R. y Preston, K.L. (1996). Increasing opiate abstinence through voucher-based reinforcement therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 41, 157-65.
- Silverman, K., Wong, C.J., Umbricht-Schneiter, A., Montoya, I.D., Schuster, C.R. y Preston, K.L. (1998). Broad beneficial effects of cocaine abstinence reinforcement among methadone patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 811-824.
- Sisson, R.W. y Azrin, N.H. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 17, 15-21.
- Smith, J.E., Meyers, R.J. y Delaney, H.D. (1998). The community reinforcement approach with homeless alcohol-dependent individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 541-548.
- Sobell, M.B., Sobell, L.C. y Gavin, D.R. (1995). Portraying alcohol treatment outcomes: Different yardsticks of success. *Behavior Therapy*, 26, 643-669.
- Stitzer, M.L., Bickel, W.K., Bigelow, G.E. y Liebson, I.A. (1986). Effects of methadone dose contingencies on urinalysis test results of poly-drug-abusing methadone-maintenance patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 18, 341-348.
- Stitzer, M.L., Bigelow, G.E., Liebson, I.A. y Hawthorne, J.W. (1982). Contingent reinforcement of benzodiazepine-free urines: Evaluation of a drug abuse treatment intervention. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 493-503.
- Stitzer, M.L., Iguchi, M.Y. y Felch, L.J. (1992). Contingent take-home incentive: effects on drug use of methadone-maintenance patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 927-934.
- U.S.D.H.H.S. (1996). *Clinical Practice Guideline n°. 18. Smoking Cessation*. Washington, DC.: U.S. Government Printing Office.
- Viswesvaran, C. y Schmidt, F.L. (1992). A meta-analytic comparison of the effectiveness of smoking cessation methods. *Journal of Applied Psychology*, 77, 554-61.
- Wells, E.A., Peterson, P.L., Gainey, R.R., Hawkins, J.D. y Catalano, R.F. (1994). Outpatient treatment of cocaine abuse: a controlled comparison of relapse prevention and twelve-step approaches. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 20, 1-17.
- Wetter, D.W., Fiore, M.C., Gritz, E.R., Lando, H.A., Stitzer, M.L., Hasselblad, V. y Baker, T.B. (1998). The Agency for Health Care Policy and Research. Smoking Cessation Clinical Practice Guideline. Findings and implications for psychologist. *American Psychologist*, 53, 657-669.
- Woody, G.E., Luborsky, L., McLellan, A.T., O'Brien, C.P., Beck, A.T., Blaine, J., Herman, I. y Hole, A. (1983). Psychotherapy for opiate addicts. Does it Help? *Archives of General Psychiatry*, 40, 639-645.
- Woody, G.E., McLellan, A.T., Luborsky, L. y O'Brien, C.P. (1987). Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence. *American Journal of Psychiatry*, 144, 590-596.

Acceptado el 20 de marzo de 2001